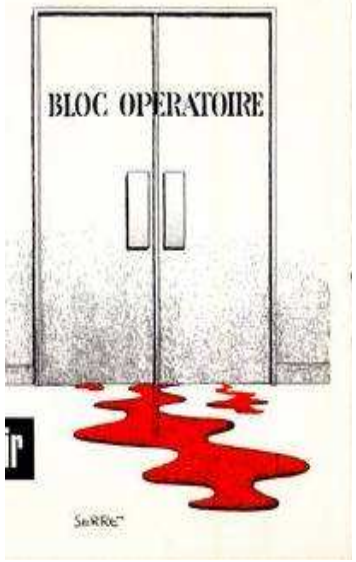
Déviance et adaptation des procédures de sécurité : cas de la check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire »



2nd journée de travail GDR Psycho Ergo GT1

Paris, 1er octobre 2010

MP Anthony Vacher, IRBA/ACSO, avacher@imassa.fr

Problématique générale

- Normes, règles, procédures de sécurité
  - Utilisées pour accroitre ou maintenir le niveau de sécurité (Hale & Swuste,1998)
  - Sélection des bonnes pratiques : réduction la variabilité et l'erreur humaine (Nyssen, 2010)
  - Explosion des documents prescripteurs dans tous les secteurs (Nyssen, 2010)

- Constat : écarts volontaires aux règles
  - Violations (Lawton, 1998 ; Reason, 1990 ; Alper & Karsh, 2009)
  - Transgressions (Girin, Grosjean, 1996)
  - Déviances (Ogien, 1995)
  - Migrations (Amalberti et al, 2006)

Objectifs

- Identifier une nouvelle règle de sécurité mise en place au sein d'un système à risques

- Evaluer la réalité de son application et d'éventuelles déviances associées

La chirurgie : cause majeure de mortalité et morbidité à travers le monde (OMS, 2009)

- Interventions chirurgicales
  - 187-281 millions/ an (2004)
  - Taux d'événements indésirables (EI)
    - difficile à évaluer et à comparer entre pays
    - manque de données

- Taux d'événements indésirables (EI) liés à la chirurgie (pays industrialisés)
  - 50% des EI liés aux soins
  - Fréquence des EI liés à la chirurgie : 3 à 22%
  - Mortalité : 0,4 à 0,8 %
  - Plus de la moitié des EI liés à la chirurgie considérés évitables

Evénements indésirables en France

- **Interventions chirurgicales et EIG en lien avec la chirurgie (HAS, 2009)**
  - 6,5 M d'interventions chirurgicales chaque année en France (2009)
  - 60 000 à 95 000 EIG évitables dans la période péri-opératoire

- **Enquête nationale sur les évènements indésirables liés aux soins (DREES, 2005)**
  - 35 234 journées d'hospitalisation
  - EIG en médecine et chirurgie
    - 3 à 5% des admissions à l'hôpital
    - 35,4% jugées évitables
  - EIG liés à la chirurgie
    - 7 EIG pour 1 000 jours d'hospitalisation
    - 32% considérés comme évitable

Actions internationales pour la sécurité du patient

- 2002 : Problématique de santé publique (OMS)
  - Renforcement de la sécurité des soins et monitorage du système de santé par les Etats
  - Développement de normes et standards
- 2004 : Création d'une alliance internationale pour la sécurité du patient « WHO Patient Safety Alliance »
  - « First, do no harm »
- 2005-2006 : Lutte contre les infections nosocomiales
  - Standards et campagne d'éduction pour l'hygiène des mains Guidelines on Hand Hygiene in Healthcare (OMS,2009)
- 2007-2008 : Programme mondial d'amélioration de la sécurité en chirurgie « Safe Surgery Saves Lives »
  - WHO guidelines for Safe Surgery (WHO, 2009)

La check-list sécurité en chirurgie de l'OMS

- Proposée en 2008 dans le cadre du programme mondial d'amélioration de la sécurité en chirurgie
- Outil conçu à partir de l'expérience de l'industrie aéronautique (Weiser et al, 2010)
- Standards minimaux de sécurité (OMS)
  - Renforce des pratiques de vérifications déjà existantes
  - Simple à mettre en œuvre dans tous les pays
- Efficacité démontrée
    - Travaux antérieurs : briefings préopératoires en équipe (Provonost et al, 2006)
    - Etude d'impact dans 8 pays différents (Haynes et al, 2009)

Evénements indésirables concernés

- « Never events»[1]
  - Erreur de côté ou de niveau
  - Erreur de procédure
  - Erreur de patient
  - Oubli d'un corps étranger
  - Décès d'un patient de classe ASA 1

- Incidence
  - Oubli d'un corps étranger 1/8801 interventions (Kwaan et al, 2006)
  - Chirurgie au mauvais endroit : 1/18760 (Kwaan et al, 2006)

[1] National Quality Forum. Serious Reportable Events in Healthcare 2006.

World Health Organization

SURGICAL SAFETY CHECKLIST (FIRST EDITION)

Before induction of anaesthesia ▸▸▸▸▸▸▸▸▸ Before skin incision ▸▸▸▸▸▸▸▸▸▸▸▸▸ Before patient leaves operating room

SIGN IN

☐ PATIENT HAS CONFIRMED
- IDENTITY
- SITE
- PROCEDURE
- CONSENT

☐ SITE MARKED/NOT APPLICABLE

☐ ANAESTHESIA SAFETY CHECK COMPLETED

☐ PULSE OXIMETER ON PATIENT AND FUNCTIONING

DOES PATIENT HAVE A:

KNOWN ALLERGY?
☐ NO
☐ YES

DIFFICULT AIRWAY/ASPIRATION RISK?
☐ NO
☐ YES, AND EQUIPMENT/ASSISTANCE AVAILABLE

RISK OF >500ML BLOOD LOSS (7ML/KG IN CHILDREN)?
☐ NO
☐ YES, AND ADEQUATE INTRAVENOUS ACCESS AND FLUIDS PLANNED

TIME OUT

☐ CONFIRM ALL TEAM MEMBERS HAVE INTRODUCED THEMSELVES BY NAME AND ROLE

☐ SURGEON, ANAESTHESIA PROFESSIONAL AND NURSE VERBALLY CONFIRM
- PATIENT
- SITE
- PROCEDURE

ANTICIPATED CRITICAL EVENTS

☐ SURGEON REVIEWS: WHAT ARE THE CRITICAL OR UNEXPECTED STEPS, OPERATIVE DURATION, ANTICIPATED BLOOD LOSS?

☐ ANAESTHESIA TEAM REVIEWS: ARE THERE ANY PATIENT-SPECIFIC CONCERNS?

☐ NURSING TEAM REVIEWS: HAS STERILITY (INCLUDING INDICATOR RESULTS) BEEN CONFIRMED? ARE THERE EQUIPMENT ISSUES OR ANY CONCERNS?

HAS ANTIBIOTIC PROPHYLAXIS BEEN GIVEN WITHIN THE LAST 60 MINUTES?
☐ YES
☐ NOT APPLICABLE

IS ESSENTIAL IMAGING DISPLAYED?
☐ YES
☐ NOT APPLICABLE

SIGN OUT

NURSE VERBALLY CONFIRMS WITH THE TEAM:

☐ THE NAME OF THE PROCEDURE RECORDED

☐ THAT INSTRUMENT, SPONGE AND NEEDLE COUNTS ARE CORRECT (OR NOT APPLICABLE)

☐ HOW THE SPECIMEN IS LABELLED (INCLUDING PATIENT NAME)

☐ WHETHER THERE ARE ANY EQUIPMENT PROBLEMS TO BE ADDRESSED

☐ SURGEON, ANAESTHESIA PROFESSIONAL AND NURSE REVIEW THE KEY CONCERNS FOR RECOVERY AND MANAGEMENT OF THIS PATIENT

THIS CHECKLIST IS NOT INTENDED TO BE COMPREHENSIVE. ADDITIONS AND MODIFICATIONS TO FIT LOCAL PRACTICE ARE ENCOURAGED.

Efficacité de la check-list OMS[1]

- Méthodologie
  - Octobre 2007 à septembre 2008
  - 8 établissements de santé dans 8 pays différents (Etats-Unis, Angleterre, Canada, Tanzanie, Inde, Nouvelle-Zélande, Jordanie, Philippines)
  - 1 mois d'entrainement avec un « investigateur » avant l'introduction de la check-list
  - 1 à 4 salles d'opération / établissement

- Résultats
  - ~ 8000 patients
  - Réduction de près d'un tiers du taux de complications

	Complications postopératoires	Décès postopératoires
Pays à haut niveau de développement	10.3% -> 7.1%*	0.9% -> 0.6%
Pays en voie de développement	11.7% -> 6.8%*	2.1% -> 1.0%*

* p<0.05

1 Haynes et al. A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. New England Journal of Medicine 360:491-9. (2009)

Check-list
“Sécurité du patient au bloc opératoire”

- Adaptation française de la check-list OMS
  - Haute autorité de santé
  - Représentant des professionnels du bloc opératoire
  - Représentant des patients

- Introduction le 1er janvier 2010 : procédure de certification des établissements de santé (HAS, 2009)

Check-list “sécurité du patient au bloc opératoire” : un outil simple et efficace (HAS, 2009)

Identification du patient
Etiquette du patient ou
Nom, prénom, date de naissance

CHECK-LIST
« SÉCURITÉ DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE »

Version 2010 - 01

Salle : .....
Date d'intervention : ..... Heure (début) : .....
Chirurgien « intervenant » : .....
Anesthésiste « intervenant » : .....
Coordonnateur check-list : .....

AVANT INDUCTION ANESTHÉSIQUE
Temps de pause avant anesthésie

1. Identité du patient :
   - le patient a décliné son nom, sinon, *par défaut*, autre moyen de vérification de son identité — ❑ Oui ❑ Non
2. L'intervention et site opératoire sont confirmés :
   - *idéalement* par le patient et dans tous les cas, par le dossier ou procédure spécifique — ❑ Oui ❑ Non
   - la documentation clinique et para clinique nécessaire est disponible en salle — ❑ Oui ❑ Non
3. Le mode d'installation est connu de l'équipe en salle, cohérent avec le site/intervention et non dangereuse pour le patient — ❑ Oui ❑ N/A
4. Le matériel nécessaire pour l'intervention est vérifié :
   - pour la partie chirurgicale — ❑ Oui ❑ Non
   - pour la partie anesthésique — ❑ Oui ❑ Non
5. Vérification croisée par l'équipe de points critiques et des mesures adéquates à prendre :
   - allergie du patient — ❑ Oui ❑ Non
   - risque d'inhalation, de difficulté d'intubation ou de ventilation au masque — ❑ Oui ❑ Non
   - risque de saignement important — ❑ Oui ❑ Non

AVANT INTERVENTION CHIRURGICALE
Temps de pause avant incision

6. Vérification « *ultime* » croisée au sein de l'équipe
   - identité patient correcte — ❑ Oui ❑ Non
   - intervention prévue confirmée — ❑ Oui ❑ Non
   - site opératoire correct — ❑ Oui ❑ Non
   - installation correcte — ❑ Oui ❑ Non
   - documents nécessaires disponibles — ❑ Oui ❑ N/A
7. Partage des informations essentielles dans l'équipe sur des éléments à risque / points critiques de l'intervention
   - sur le plan chirurgical (temps opératoire difficile, points spécifiques de l'intervention, etc.) — ❑ Oui ❑ Non
   - sur le plan anesthésique (risques potentiels liés au terrain ou à des traitements éventuellement maintenus) — ❑ Oui ❑ Non
8. Antibioprophylaxie effectuée — ❑ Oui ❑ Non ❑ N/R

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

APRÈS INTERVENTION
Pause avant sortie de salle d'opération

9. Confirmation orale par le personnel auprès de l'équipe :
   - de l'intervention enregistrée, — ❑ Oui ❑ Non
   - du compte final correct des compresses, aiguilles, instruments, etc. — ❑ Oui ❑ N/A
   - de l'étiquetage des prélèvements, pièces opératoires, etc. — ❑ Oui ❑ N/A
   - du signalement de dysfonctionnements matériels et des événements indésirables — ❑ Oui ❑ Non
10. Les prescriptions pour les suites opératoires immédiates sont faites de manière conjointe — ❑ Oui ❑ Non ❑ N/R

En cas d'écart avec la check-list, préciser la décision choisie

Abréviations utilisées :
C/L : Check-list - N/A : Non Applicable - N/R : Non Recommandé

Cette check-list n'est pas modifiable, mais peut faire l'objet de développements spécifiques complémentaires

Adaptée de la Check-list de l'Organisation Mondiale de la Santé « WHO Surgical Safety Checklist », http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en, © World Health Organization 2008

Mode d'emploi

Le coordonnateur check-list est celui qui vérifie les items de la C/L - le plus souvent un personnel infirmier, en coordination avec le chirurgien et l'anesthésiste responsables de l'intervention ou le cas échéant, avec le professionnel qualifié en chirurgie ou anesthésie auquel a été délégué un temps opératoire.

AVANT INDUCTION ANESTHÉSIQUE

En présence au moins de l'équipe anesthésique et infirmière et si possible, avec l'équipe chirurgicale

1. Les professionnels insistent sur l'importance de faire décliner par le patient, son identité.
   Pour les patients incapables de décliner leur identité, la vérification est effectuée par le personnel en salle selon la procédure en vigueur dans l'établissement (bracelet, concordance des informations, etc.).

2. L'intervention et le site opératoire sont confirmés idéalement par le patient et dans tous les cas, à travers le dossier ou toute autre procédure en vigueur dans l'établissement (réunion de staff, fiches navettes, etc.) ou recommandée par les collèges professionnels de la spécialité (marquage, etc.).

3. L'équipe qui reçoit le patient en salle, dispose des informations précisant la nature de l'intervention prévue et les modalités d'installation du patient et vérifie le choix adapté du plateau et la disponibilité des accessoires, etc.

4. Le personnel qualifié vérifie la disponibilité et le bon fonctionnement des instruments, appareils, dispositifs médicaux nécessaires pour l'intervention.
   Les procédures de vérification de sécurité anesthésique sont effectuées selon la réglementation par les personnels qualifiés en anesthésie.

5. L'équipe anesthésique et infirmière communique sur certains points critiques et les mesures à adopter ; ainsi les anesthésistes s'assurent notamment :
   - en cas de risque d'inhalation / difficulté d'intubation / ventilation au masque, de la confirmation de la disponibilité de l'équipement et de l'assistance prévue ;
   - en cas de risque de saignement important (évalué à plus de 500ml ou 7ml/kg en pédiatrie), de la disponibilité des documents (carte de groupage, RAI, etc.).

AVANT INTERVENTION CHIRURGICALE

En présence de l'équipe chirurgicale, anesthésique et infirmière

6. Ces vérifications croisées de l'identité, de l'intervention prévue et du site opératoire peuvent sembler répétitives, mais elles sont indispensables pour améliorer la sécurité du patient au bloc opératoire ; ce sont les vérifications ultimes avant le début de l'intervention chirurgicale.
   Le chirurgien vérifie également que l'installation du patient est cohérente avec le site / intervention chirurgicale et ne présente pas de danger pour le patient.
   Il convient de vérifier également au plus tard à ce moment de la procédure, la disponibilité en salle des documents cliniques et para-cliniques nécessaires, notamment d'imagerie.

7. Il est également crucial de communiquer au sein des équipes chirurgicale, anesthésiste et infirmière, sur les informations essentielles afin d'anticiper les éléments à risque, notamment :
   - sur le plan chirurgical : pour informer tous les membres de l'équipe des étapes qui peuvent exposer le patient à un risque d'hémorragie importante, de traumatisme ou d'autres causes de morbidité majeure. C'est également l'occasion de revoir les étapes qui peuvent nécessiter un équipement spécial, des implants ou des préparations particulières ;
   - sur le plan anesthésique : pour communiquer, si besoin, sur les co-morbidités ou traitements en cours (AAP, anticoagulants, anti-hypertenseurs, antidiabétiques, etc.) ;
   - sur le plan infirmier : le personnel doit confirmer qu'il n'y a pas de problème particulier avec le matériel nécessaire à l'intervention (plaque de bistouri, aspiration, colonne vidéo, DM).

8. Le coordinateur Check-list vérifie que l'antibioprophylaxie si elle est indiquée, a bien été effectuée dans les 60 mn précédant le début de l'intervention chirurgicale.

APRÈS INTERVENTION

En présence de l'équipe chirurgicale, anesthésique et infirmière

9. Le personnel infirmier confirme oralement avec l'équipe, le type de l'intervention enregistrée, le décompte correct des compresses, instruments et aiguilles ainsi que l'étiquetage des pièces opératoires et prélèvements. Le coordonnateur doit veiller à ce que tout problème d'équipement survenant pendant une intervention soit identifié par l'équipe.

10. Le chirurgien, l'anesthésiste et l'infirmier examinent et transmettent les principales préoccupations relatives au réveil et à la prise en charge post-opératoire du patient (notamment, la prévention thromboembolique).

    En cas d'écart avec la check-list, préciser la décision choisie et, en particulier, si la procédure chirurgicale a du être interrompue ou si une procédure alternative a été adoptée.

    La check-list pourra être archivée selon la procédure d'évaluation en vigueur dans l'établissement, soit dans le dossier patient, soit au bloc opératoire.

La Check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire » HAS Version 01-2010 comporte les éléments indispensables à vérifier au bloc opératoire avant toute intervention chirurgicale et en ce sens, n'est pas modifiable ; en revanche, elle peut donner lieu à tous développements souhaités par les professionnels dans le cadre de leurs Collèges Professionnels / organismes agréés d'accréditation.

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Objectifs de la check-list “Sécurité du patient au bloc opératoire”

- Objectif final
  - Réduire l’incidence d’événements indésirables graves

- Effets attendus de la check-list
  1. Assurer que chaque vérification est systématiquement réalisée
  2. Favoriser le partage d’informations et le travail d’équipe « Vérifications croisées des vérifications »
  3. Favoriser la réalisation d’actions communes par l’équipe lors du dépistage d’un problème

Méthode

- Type d'étude
  - Etude d'observation descriptive
  - Multicentrique
    - Etablissements de santé volontaires
      - Soutien du Comité d'analyse et de maitrise du risque de la société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR)
      - Anonymat des établissements
      - Différents statuts(public/privé)
    - 4 établissements de santé de la région parisienne
      - 1 centre hospitalier universitaire,
      - 1 établissement privé à but non lucratif,
      - 2 établissements privés

Méthode

- Modalités d'observations
  - Un observateur
  - Période d'activité programmée du bloc opératoire
  - Participants non informés du but de l'étude
  - Une salle d'opération par jour
  - Limitation aux vérifications
    - réalisées en salle d'opération ou à proximité (salle de préparation, couloir)
    - par l'équipe qui prend en charge le patient
    - exclusion vérification hors bloc et par une éventuelle infirmière d'accueil
  - Une période « d'acculturation » dans un établissement volontaire au préalable : 5 jours

- Période d'observation
  - 3 à 6 mois après l'introduction de la check-list
  - 5 jours par établissement

Méthode

- Recueil de données
  - Grille de recueil papier pour chaque intervention observée
  - Choix des items : verbalisations
    - Vérifications auprès du patient
    - Vérifications croisées entre opérateurs
  - Items recueillis :
    - Modalités de réalisation de chaque temps de la check-list
    - Vérifications auprès du patient
      - Identité
      - Site opératoire et côté
      - Allergie
    - Réalisation de l'antibioprophylaxie
    - Modalité des vérifications post-opératoires
      - Compte des compresses, aiguilles et instruments
      - Prescriptions post-opératoires conjointes
- Statistiques descriptives

Résultats

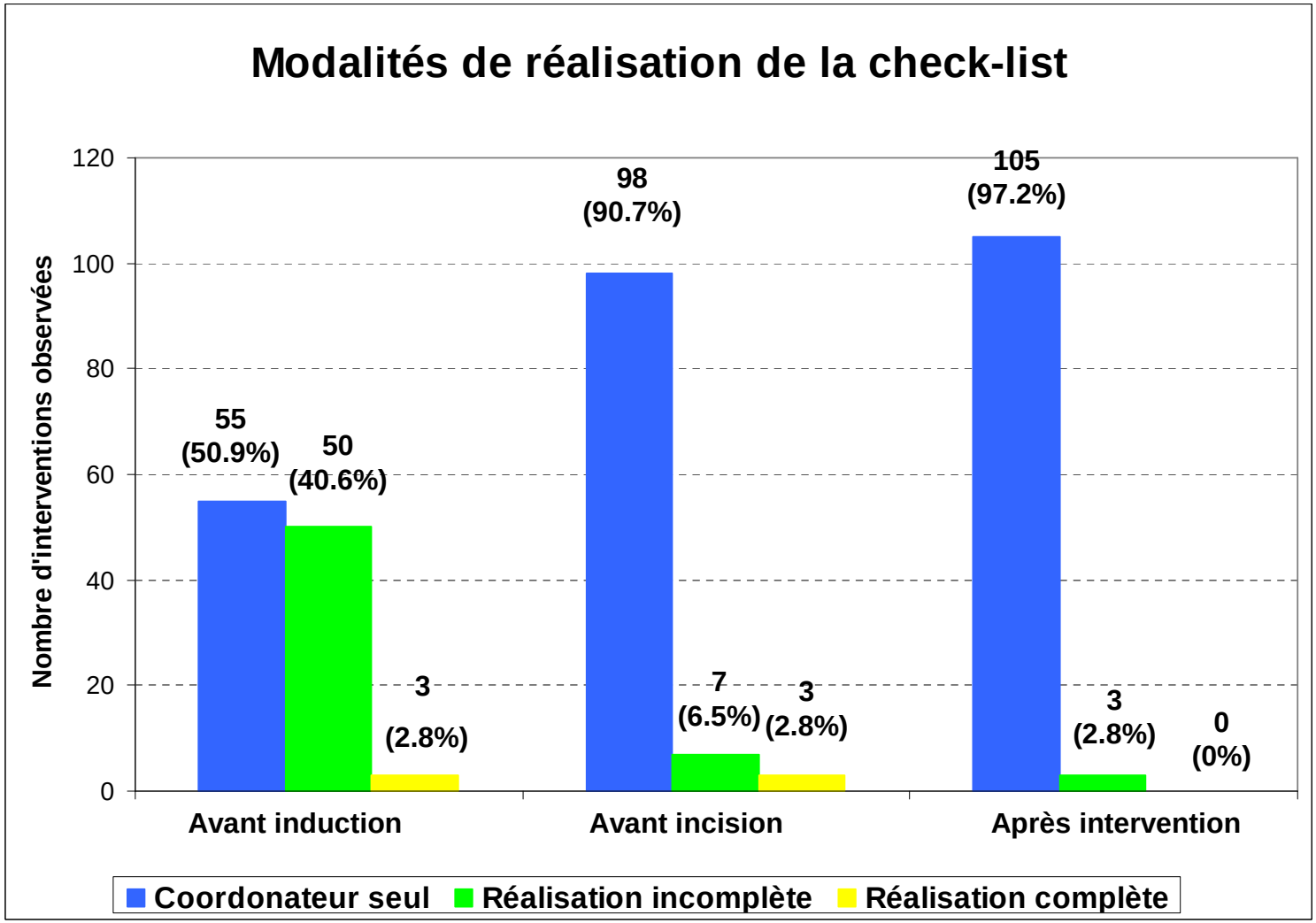
- Check-list introduite dans les 4 établissements au 01/01/2010 après information des personnels des blocs opératoires

- Coordonateur : Infirmière de bloc opératoire dans les 4 établissements

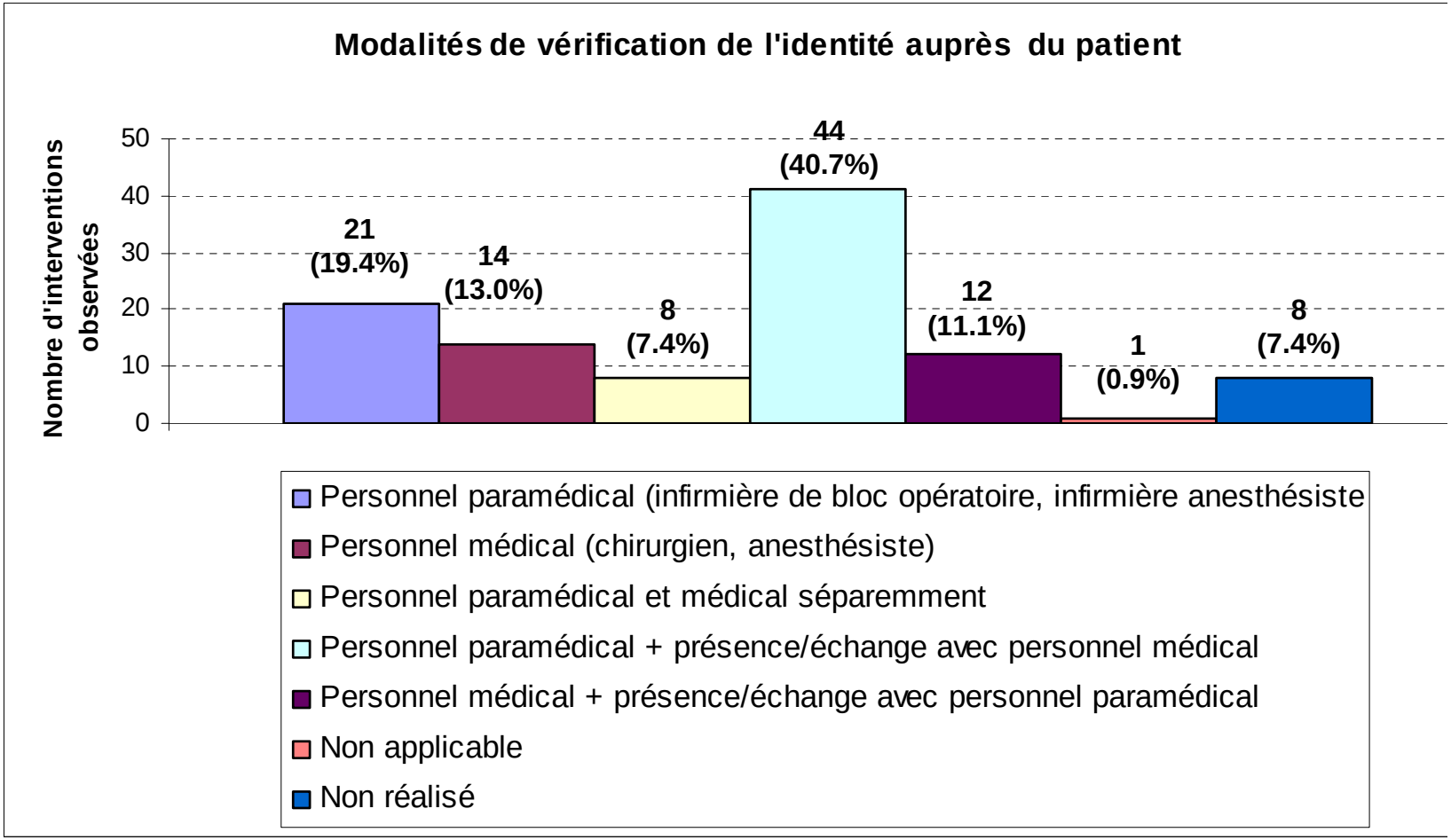
	Etablissement 1	Etablissement 2	Etablissement 3	Etablissement 4	Total
Type d'établissement	Centre hospitalo-universitaire	Privé à but non lucratif	Privé	Privé	-
Nombre d'interventions observées	15	16	32	49	112
Nombre d'interventions chirurgicales codées	15	16	30	47	**108**

Tableau 1. Nombre d'interventions observées et codées par établissement

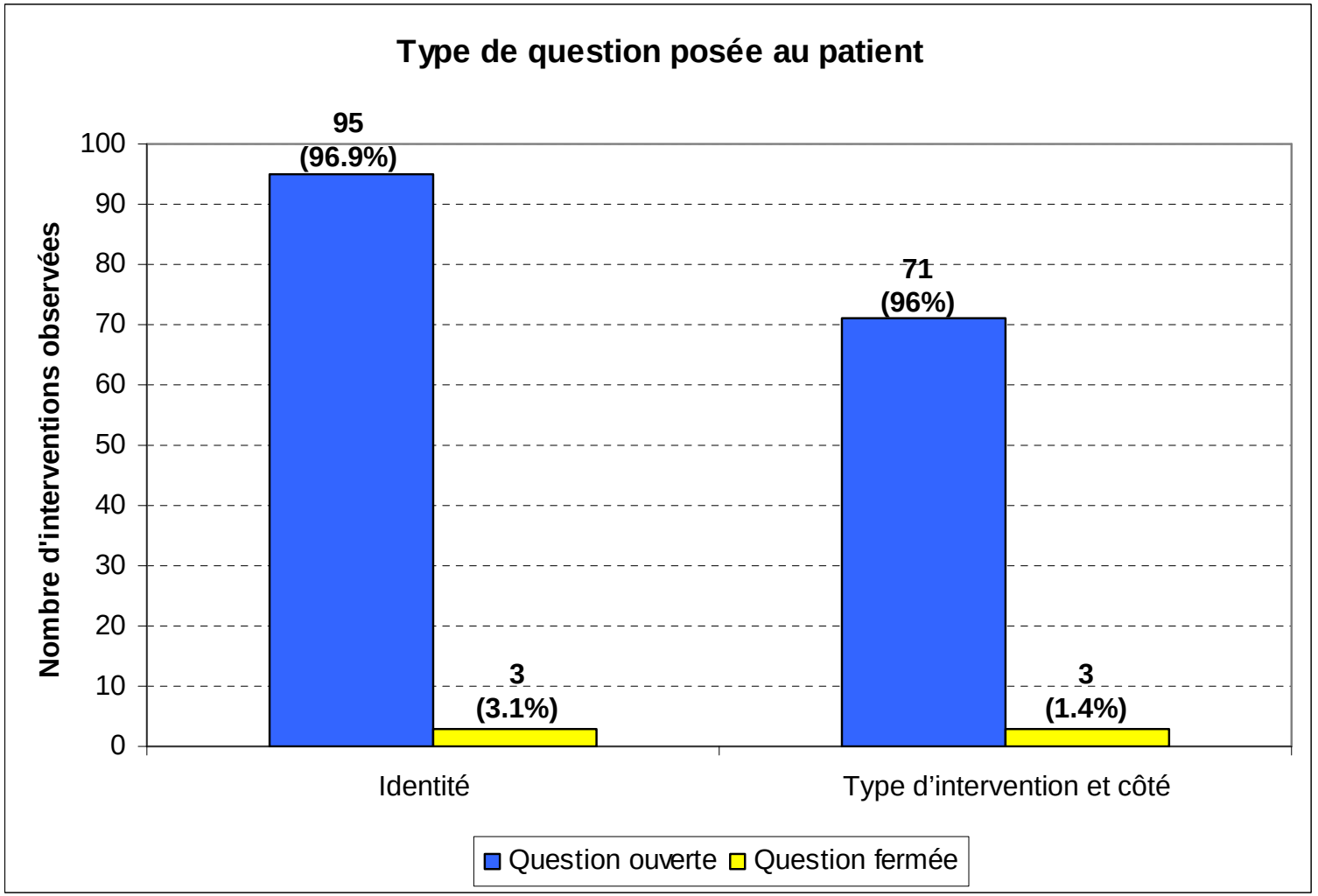
Résultats


Modalités de réalisation de la check-list
Nombre d'interventions observées
120
100
80
60
40
20
0
55 (50.9%)
50 (40.6%)
3 (2.8%)
98 (90.7%)
7 (6.5%)
3 (2.8%)
105 (97.2%)
3 (2.8%)
0 (0%)
Avant induction
Avant incision
Après intervention
Coordonateur seul
Réalisation incomplète
Réalisation complète

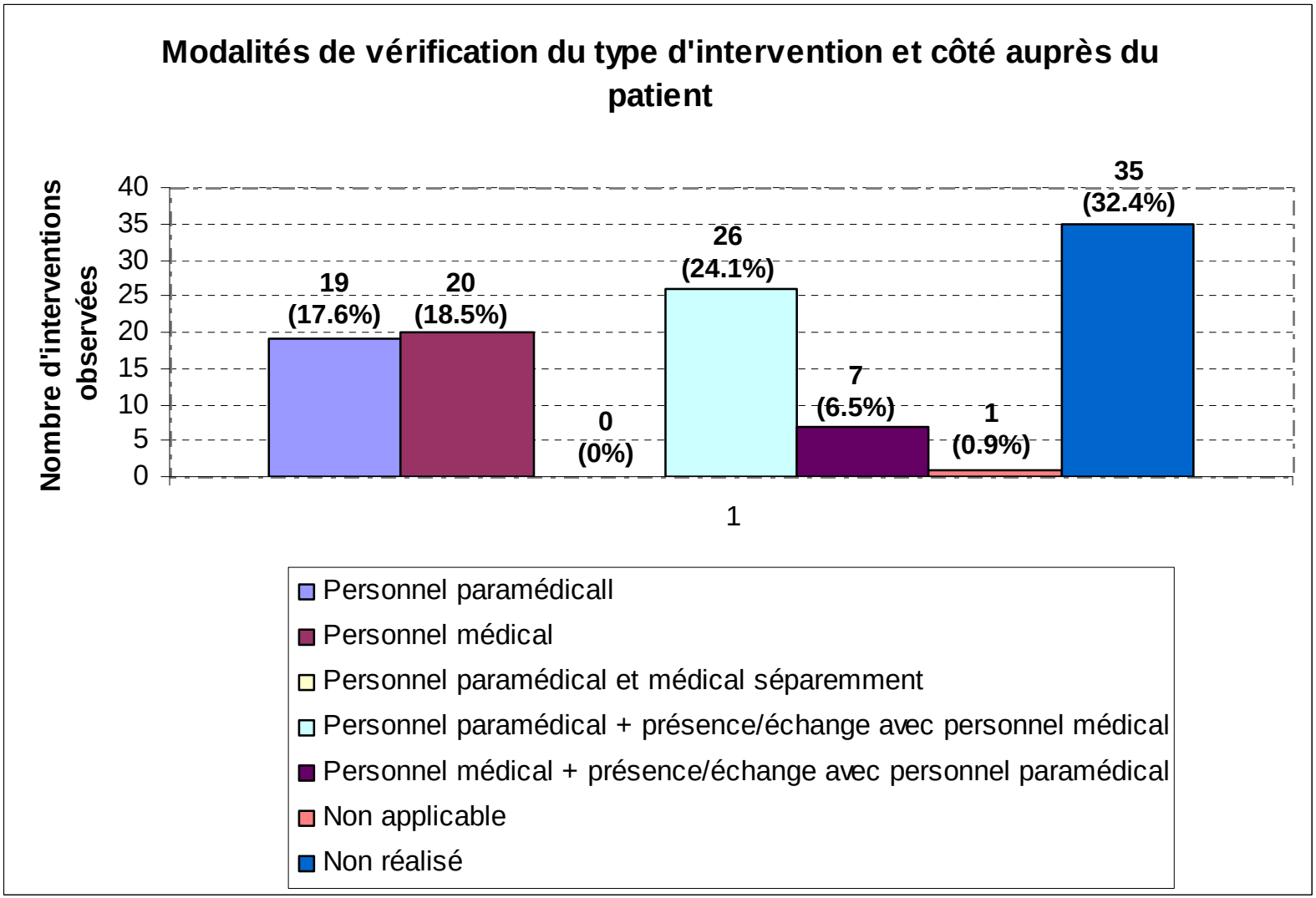
Résultats


Modalités de vérification de l'identité auprès du patient
Nombre d'interventions observées
50
40
30
20
10
0
21 (19.4%)
14 (13.0%)
8 (7.4%)
44 (40.7%)
12 (11.1%)
1 (0.9%)
8 (7.4%)
Personnel paramédical (infirmière de bloc opératoire, infirmière anesthésiste
Personnel médical (chirurgien, anesthésiste)
Personnel paramédical et médical séparemment
Personnel paramédical + présence/échange avec personnel médical
Personnel médical + présence/échange avec personnel paramédical
Non applicable
Non réalisé

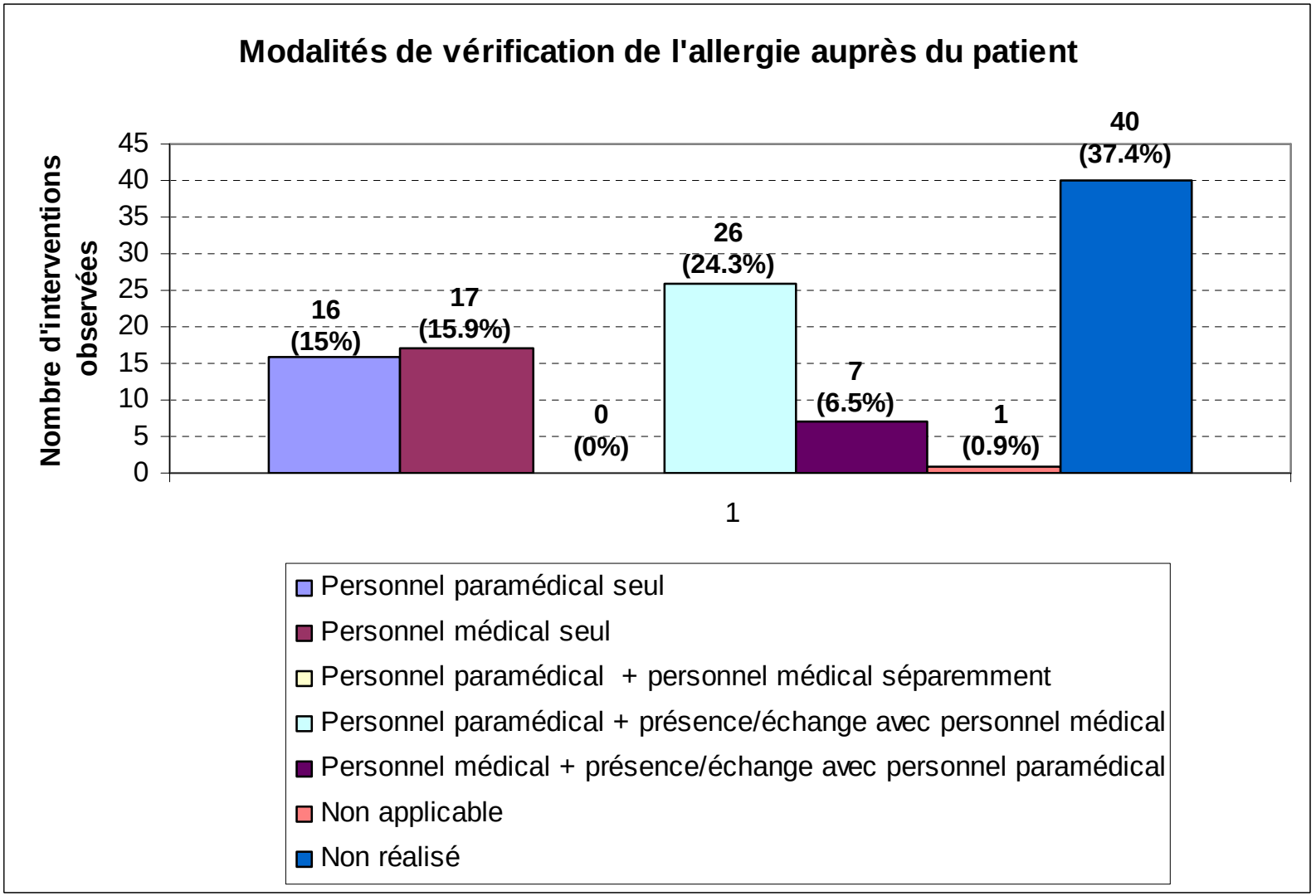
Résultats


Type de question posée au patient
Nombre d'interventions observées
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
95
(96.9%)
3
(3.1%)
71
(96%)
3
(1.4%)
Identité
Type d'intervention et côté
Question ouverte
Question fermée

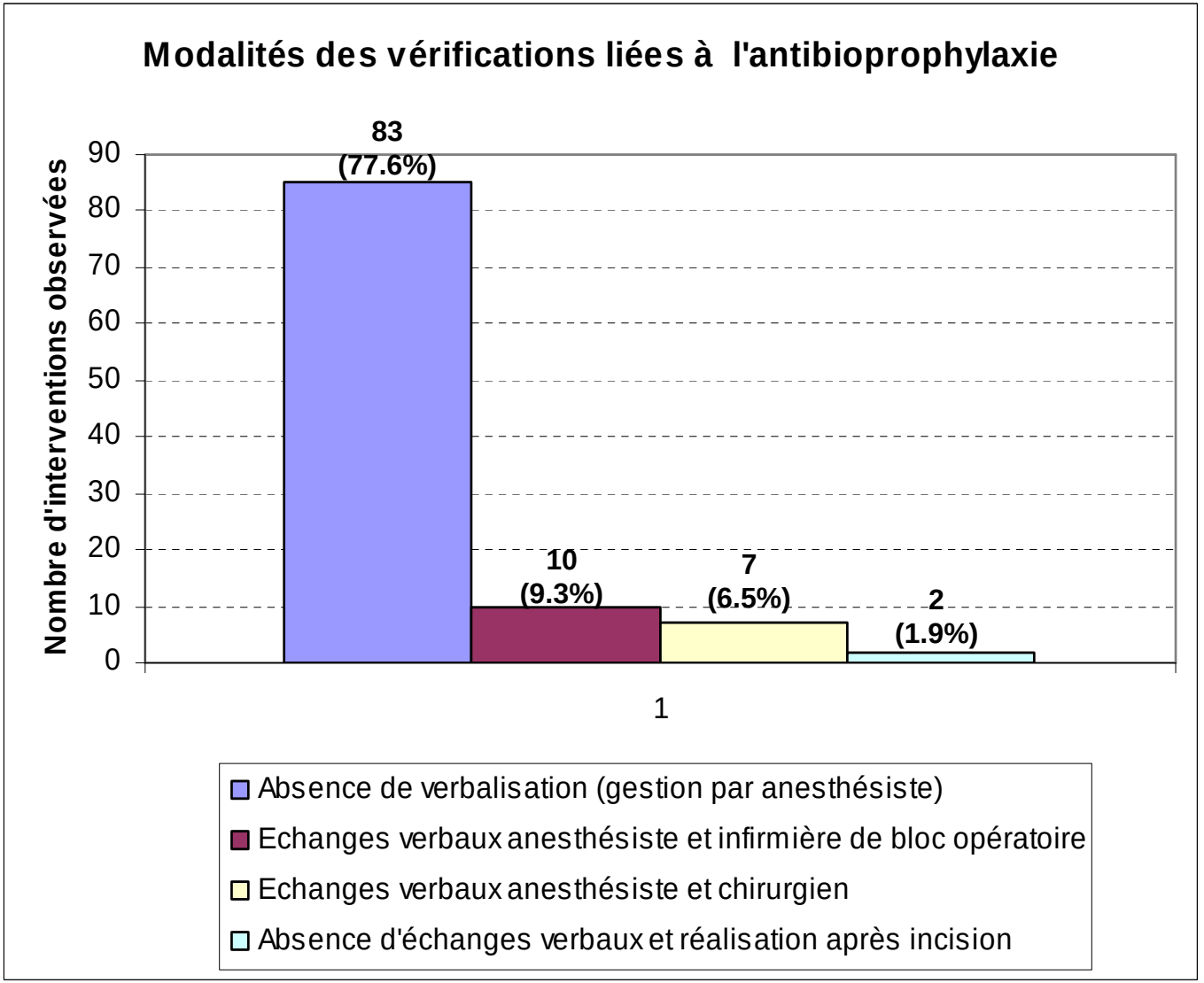
Résultats


Modalités de vérification du type d'intervention et côté auprès du patient
Nombre d'interventions observées
40
35
30
25
20
15
10
5
0
19 (17.6%)
20 (18.5%)
0 (0%)
26 (24.1%)
7 (6.5%)
1 (0.9%)
35 (32.4%)
1
Personnel paramédicall
Personnel médical
Personnel paramédical et médical séparemment
Personnel paramédical + présence/échange avec personnel médical
Personnel médical + présence/échange avec personnel paramédical
Non applicable
Non réalisé

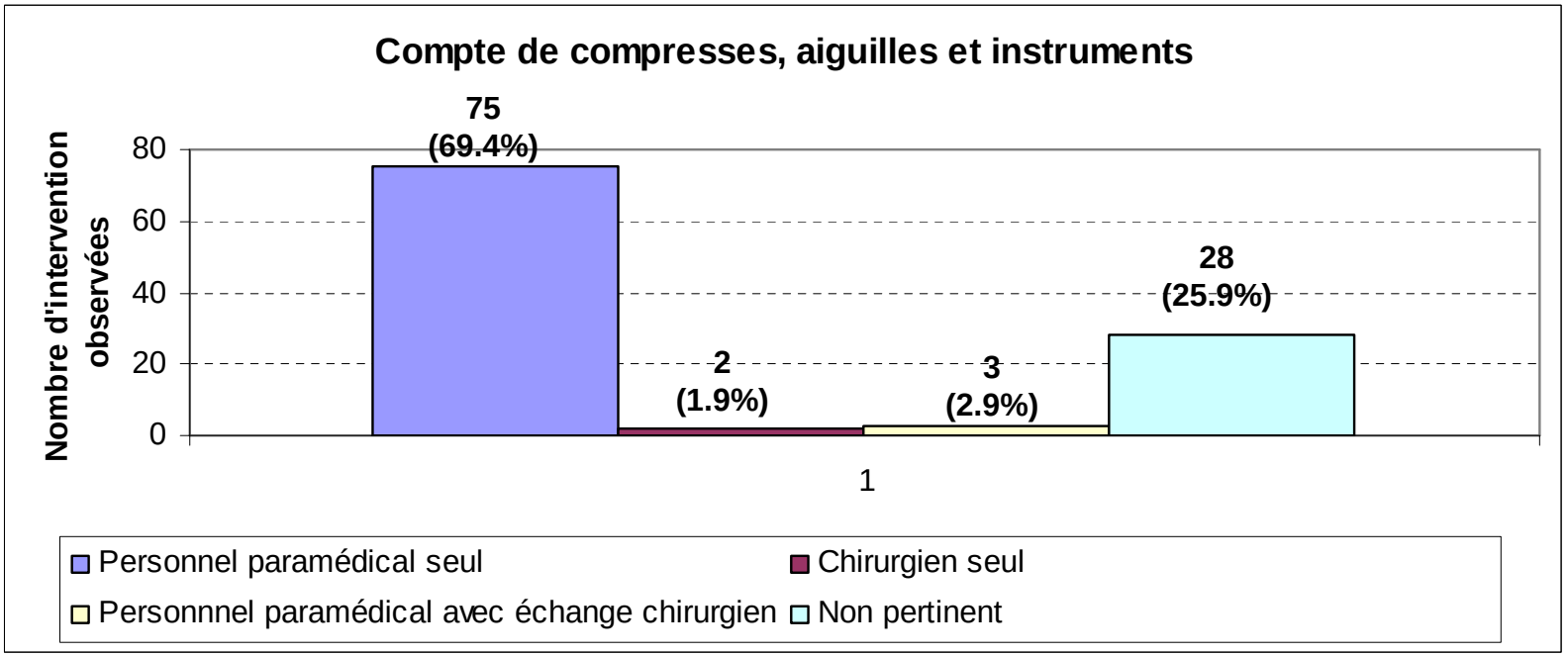
Résultats


Modalités de vérification de l'allergie auprès du patient
Nombre d'interventions observées
45
40
35
30
25
20
15
10
5
0
16 (15%)
17 (15.9%)
0 (0%)
26 (24.3%)
7 (6.5%)
1 (0.9%)
40 (37.4%)
1
Personnel paramédical seul
Personnel médical seul
Personnel paramédical + personnel médical séparemment
Personnel paramédical + présence/échange avec personnel médical
Personnel médical + présence/échange avec personnel paramédical
Non applicable
Non réalisé

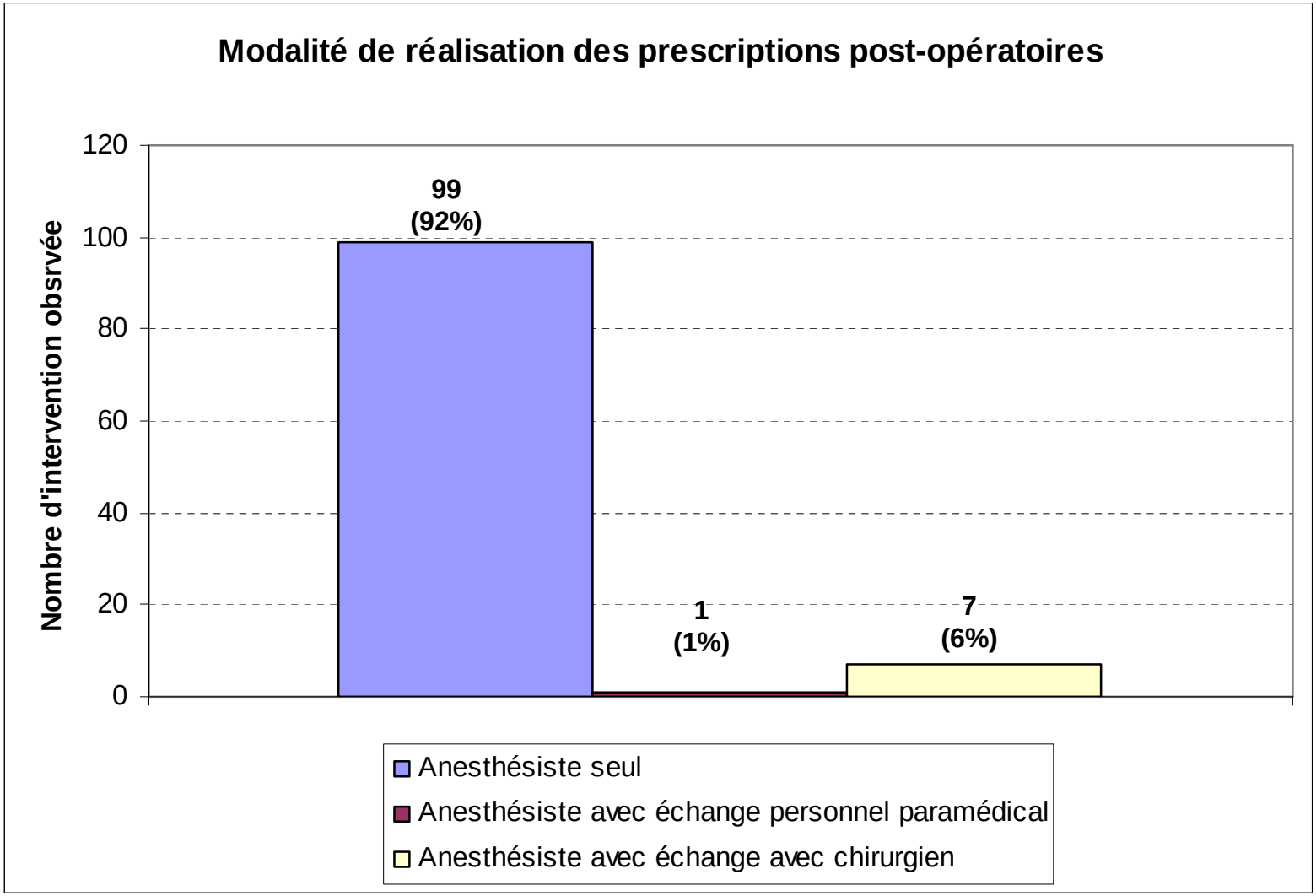
Résultats


Modalités des vérifications liées à l'antibioprophylaxie
Nombre d'interventions observées
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
83
(77.6%)
10
(9.3%)
7
(6.5%)
2
(1.9%)
1
Absence de verbalisation (gestion par anesthésiste)
Echanges verbaux anesthésiste et infirmière de bloc opératoire
Echanges verbaux anesthésiste et chirurgien
Absence d'échanges verbaux et réalisation après incision

Résultats


Compte de compresses, aiguilles et instruments
Nombre d'intervention observées
80
60
40
20
0
75
(69.4%)
2
(1.9%)
3
(2.9%)
28
(25.9%)
1
Personnel paramédical seul
Chirurgien seul
Personnnel paramédical avec échange chirurgien
Non pertinent

Résultats


Modalité de réalisation des prescriptions post-opératoires
Nombre d'intervention obsrvée
120
100
80
60
40
20
0
99
(92%)
1
(1%)
7
(6%)
Anesthésiste seul
Anesthésiste avec échange personnel paramédical
Anesthésiste avec échange avec chirurgien

Discussion

- Méthodologie
  - Possible effet de la présence d'un observateur
    - Effet Hawthorne : amelioration de la performance du fait de l'observation (Leonard, Masatu, 2006)
  - Equipes suivies non informées : problème éthique ?
  - Absence d'entretien
- Limitations aux échanges verbaux

Discussion

- Vérifications non réalisées auprès du patient
  - Identité (8 cas, 7.4%)
    - 1 établissement
    - Visite de l'anesthésiste en chambre avant le début du programme et « prise en charge du patient de A à Z par la même équipe»
  - Site opératoire et côté (35 cas, 32,4%)
    - Autre(s) source(s) d'information(s) : vérification(s) sur le dossier patient et le planning journalier
  - Allergie (40 cas, 37,4%)
    - Autre(s) source(s) d'information(s) : vérification du dossier patient
    - Problème de fiabilité des informations fournies par le patient (2 cas)

Discussion

- Antibioprophylaxie
  - Majoritairement gérée par l'anesthésiste (83 cas , 77,6%)
  - Echanges avec le chirurgien pour les cas particuliers
  - Ne semble pas perçu comme une compétence de l'infirmière de bloc opératoire
  - Sous-déclaration des événements indésirables non perçus par l'infirmière de bloc comme faisant parti de son domaine de compétence (Espin, Lingard, Baker, Regehr , 2006)

- Redondances des vérifications
  - Vérification du dossier patient et du planning journalier
  - Consultation et visite pré-anesthésique
  - Infirmière d'accueil de bloc opératoire

Discussion : usage de la check-list

- Traçabilité
  - 108/108 interventions
  - Ne renforce pas toujours la sécurité (Grol, 2010 ; Bevan, 2004)

- Objectif de partage d'informations ne semble pas intégré
  - Réalisation par coordonateur seul sans échange majoritaire pour les trois temps : absence de temps de pause
    - 50.9% avant induction
    - 90.7% avant incision
    - 97.2% après intervention
  - Vérification croisée des vérifications (co-présence et/ou échanges verbaux)
    - 51,8% pour l'identité
    - 30,6% pour la site opératoire
    - 30,8% pour l'allergie
    - 15,8% pour l'antibioprophylaxie

Discussion : usage de la check-list

- Mise en œuvre en Angleterre (Vats et al, 2010)
  - Adoption lente
  - « Mauvais usage »
    - Incomplète : temps avant incision très souvent non réalisé
    - Pression sur l'infirmière de bloc pour une réalisation rapide
    - Absence de réponse ou ambigüité non levée par les autres professionnels
    - Réalisée alors qu'une personne « clef » est absente
  - Barrières et défis identifiés
    - Manque de familiarité avec l'outil
    - Hiérarchie au bloc : check-list réalisée plus souvent lorsqu'elle est soutenue par l'anesthésiste et/ou le chirurgien
    - Rythme des vérifications : charge de travail associée
    - Redondance
      - avec d'autres procédures de vérification
      - des items du temps 1 et du temps 2
    - Demande de modification de la check-list
      - Items considérés comme non pertinents
      - Items à ajouter
  - Nécessité d'un accompagnement de la mise en œuvre et d'une éducation des personnels

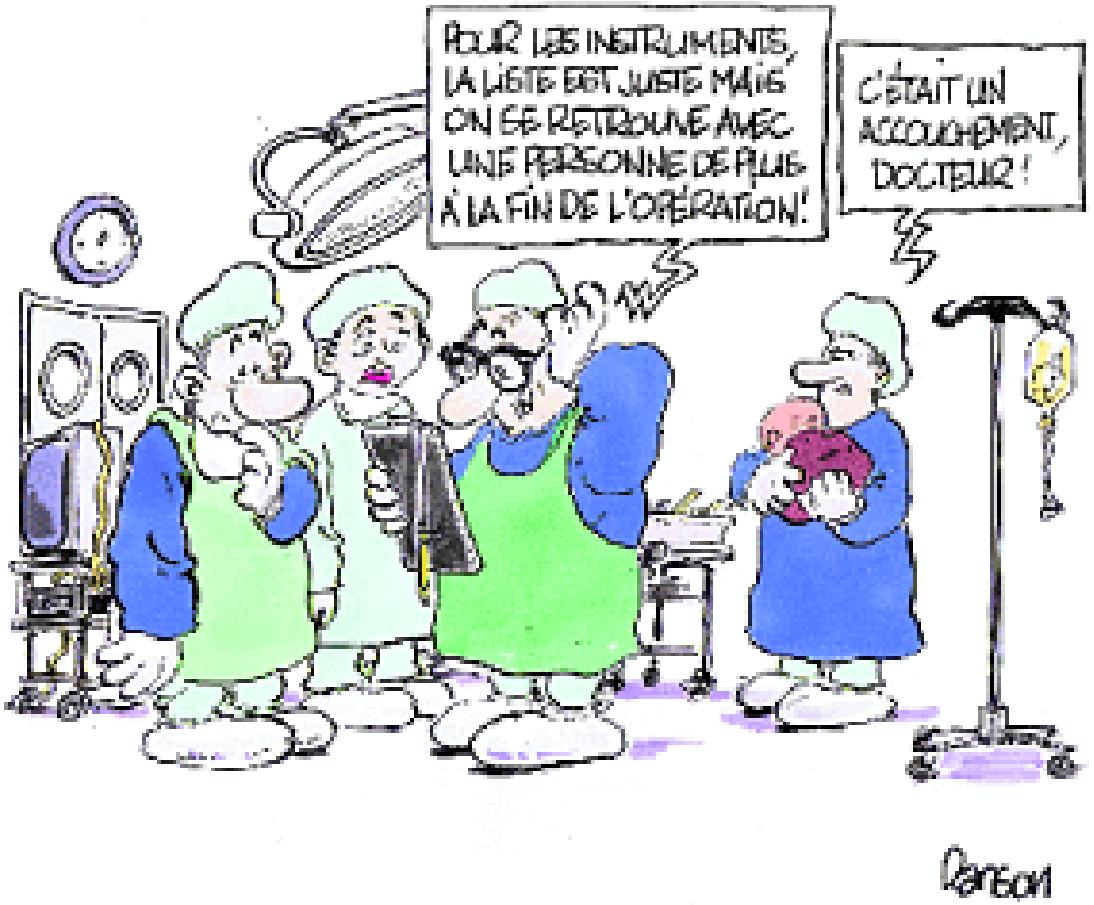
Discussion : usage de la check-list

- Facteurs explicatifs associés à l'absence d'application ou d'application « ambivalente » de la check-list (Gillepsie, Chaboyer, Wallis, Fenwick, 2010)
  1. Introduction mal organisée : « bureaucratique »
     - Ressources limitées associées à son déploiement
     - Confiée à infirmière de bloc
     - Culture organisationnelle : éducation limitée des soignants,
  2. Culture hiérarchique au sein des équipes et sentiment d'appartenance à une catégorie professionnelle
  3. Conflit dans la priorisation des tâches rend son incorporation dans la pratique
     - Augmentation de la productivité
     - Disponibilité du staff
     - Manque de ressources humaines

Perspectives : prise en compte des déterminants des déviances dans la conception des règles de sécurité

- Evaluation de la mise en œuvre de règles (indicateurs…)
  - Sélection de règles du manuel de certification des établissements de santé
- Lien entre le niveau d'application d'une règle et sa perception par les opérateurs chargés de la mettre en œuvre (risque perçu, utilité, sanction…) ?
  - Questionnaires
  - Entretiens

Merci de votre attention


POUR LES INSTRUMENTS, LA LISTE EST JUSTE MAIS ON SE RETROUVE AVEC UNE PERSONNE DE PLUS À LA FIN DE L'OPÉRATION!
C'ÉTAIT UN ACCOUCHEMENT, DOCTEUR!
Carbon